



HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E

ENCUESTA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

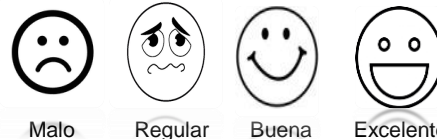
FECHA: _____
EDAD: _____

GENERO _____

Utiliza el Servicio:

Primera vez
Control

SERVICIO QUE UTILIZA (marque con una x)	Especialidad
<input type="checkbox"/> Consulta Externa	
<input type="checkbox"/> Hospitalización	
<input type="checkbox"/> Laboratorio Clínico	
<input type="checkbox"/> Imágenes Diagnósticas	
<input type="checkbox"/> Rehabilitación	
<input type="checkbox"/> Urgencias	
<input type="checkbox"/> Endoscopias	



1.	SERVICIO ASISTENCIAL	1	2	3	4	N.A
1.1	Trato personal médico o profesional de la salud					
1.2	Trato del personal de enfermería					
1.3	Oportunidad en la atención(Asignación de citas) días _____					
1.4	Tiempo de espera para consulta Min _____ Horas _____					
1.5	Mobiliario y Equipos					
1.6	Limpieza y Aseo					
1.7	Alimentación y lavandería					
1.8	Claridad en "las indicaciones e información al usuario".					
2.	ADMINISTRACIÓN					
2.1	Trato del Personal					
2.2	Claridad en las indicaciones e información al paciente.					
3	FACTURACIÓN Y CITAS					
3.1	Trato del Personal					
3.2	"Claridad en las indicaciones e información al paciente".					
4.	SEGURIDAD Y SERVICIOS GENERALES					
4.1	Trato del Personal					
4.2	"Claridad en las indicaciones e información al paciente".					

(NS) No sabe/ (NR) No responde

5. Considera que ha mejorado con el tratamiento recibido

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
No ha recibido	<input type="checkbox"/>		

6. Si necesita nuevamente los servicios, volvería a esta institución

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

7. Conoce usted algún derecho y/o deber del Usuario

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

¿Cuál? _____

8. ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través del Hospital?

Muy buena	<input type="checkbox"/>	Buena	<input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>	Mala	<input type="checkbox"/>
Muy Mala	<input type="checkbox"/>	NS/NR	<input type="checkbox"/>

9. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos este Hospital?

Definitivamente Si	<input type="checkbox"/>	NS/NR	<input type="checkbox"/>
Probablemente Si	<input type="checkbox"/>		
Definitivamente No	<input type="checkbox"/>		
Probablemente No	<input type="checkbox"/>		

10. Conoce el programa IAMI (Institución Amiga de la Mujer y la Infancia)

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

OBSERVACIONES SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Firma del Usuario _____